Tweede Kamer der Staten-Generaal

2

Vergaderjaar 2014–2015

Aanhangsel van de Handelingen

Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden

2631

Vragen van het lid **Bruins Slot** (CDA) aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *de antwoorden op eerdere vragen over omzetplafonds in de zorg* (ingezonden 6 mei 2015).

Antwoord van Minister **Schippers** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 19 juni 2015). Zie ook Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2014–2015, nr. 2267

Vraag 1
Herinnert u zich uw antwoorden op eerdere vragen over de gevolgen van omzetplafonds in de zorg?[1]

Antwoord 1
Ja.

Vraag 2
Kan het voorkomen dat een behandeling nog niet is afgerond terwijl de behandelaar het omzetplafond heeft bereikt, en dat daarom de patiënt op zoek dient te gaan naar een andere behandelaar die nog wel volume beschikbaar heeft? Zo nee, kunt u toelichten hoe dan met deze situaties omgegaan wordt?

Antwoord 2
In mijn brief van 2 juni 2014 heb ik aangegeven dat een verzekerde die eenmaal een behandelovereenkomst met een zorgaanbieder heeft gesloten, recht heeft op het voortzetten van de behandeling ook wanneer een eventueel omzetplafond is bereikt, ongeacht welke soort polis, natura,- restitutie- of combinatiepolis, een verzekerde heeft afgesloten. Dit vloeit voort uit artikel 13, vijfde lid, Zvw.

Vraag 3
Kan het voorkomen dat een patiënt die een vervolgproduct of -diagnose behandel combinatie (dbc) bij de vertrouwde behandelaar nodig heeft, deze niet kan krijgen in hetzelfde jaar omdat het omzetplafond van de betreffende behandelaar inmiddels bereikt is? Zo nee, kunt u toelichten hoe dan met deze situaties omgegaan wordt?

[1] Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2014–2015, nr. 1952

ah-tk-20142015-2631
ISSN 0921 - 7398
’s-Gravenhage 2015

Antwoord 3
Ten aanzien van vervolgproducten of- diagnoses merk ik het volgende op. Indien een patiënt zich met een zorgvraag tot een medisch specialist wendt, wordt er voor deze zorgvraag een zorgtraject geopend. Een zorgtraject kan bestaan uit meerdere dbc's. De eerste dbc noemen we de initiële dbc. Deze dbc wordt meestal om administratieve redenen na een bepaalde periode afgesloten. Als een patiënt voor dezelfde zorgvraag na afsluiting van de dbc nog terug moet komen, wordt een vervolg-dbc geopend. Hoewel het om twee dbc's gaat, gaat het dus om één zorgtraject. In het algemeen heeft een vervolg-dbc betrekking op een (langdurig) controletraject.
Mijns inziens is het logisch om te veronderstellen dat deze overeenkomst ziet op het totale zorgtraject voor een zorgvraag, waarin zowel de initiële behandeling als het controletraject is opgenomen. Dit zorgtraject eindigt in de regel bij terugverwijzing naar de huisarts.
Ik verwacht van zorgaanbieders dat zij een zorgtraject dat is gestart ook afronden, tenzij het om zorginhoudelijke redenen wenselijk is dat de zorg elders wordt voortgezet. De (administratieve) overgang van initiële dbc naar vervolg-dbc mag geen reden zijn om de zorg niet voort te zetten, ongeacht eventuele omzetplafonds.
Het is aan zorgaanbieders en zorgverzekeraars om in de contractering afspraken te maken over hoe, in het geval van een omzetplafond, wordt omgegaan met deze en andere situaties waarbij het omzetplafond voor het einde van het jaar bereikt wordt. De zorgverzekeraar is daarbij in ieder geval gehouden aan zijn zorgplicht, en de zorgaanbieder aan zijn behandelovereenkomst met individuele patiënten.
Ik heb overigens geen concrete signalen dat de in de vraag geschetste onwenselijke situatie daadwerkelijk voorkomt.

Vraag 4
Als het antwoord op vraag 2 en/of 3 bevestigend is, kunt u dan aangeven of u het vanuit patiëntperspectief wenselijk vindt dat een patiënt op zoek dient te gaan naar een andere behandelaar, gezien het belang van de vertrouwensrelatie met de zorgaanbieder?

Antwoord 4
Verzekeraars kopen selectief en kwalitatief in waardoor de verzekerden keuze hebben uit een voldoende breed aanbod. In het geval er een naturapolis is afgesloten en de patiënt de vertrouwensrelatie doorslaggevend acht voor de behandeling, kan hij of zij contact opnemen met de zorgverzekeraar en bespreken wat de mogelijkheden zijn, indien het omzetplafond is bereikt. Opgemerkt zij dat in het algemeen de zorgverzekeraars en de patiënten in goed overleg tot een oplossing kunnen komen. Indien een verzekerde vooraf zekerheid wil dat de behandeling bij een specifieke aanbieder naar zijn keuze op elk moment wordt vergoed, kan hij of zij besluiten een restitutiepolis af te sluiten.
Ik begrijp dat er een spanningsveld kan bestaan tussen enerzijds de wens om de kosten van de zorg te beheersen en anderzijds het belang van patiënten om in het kader van de vertrouwensrelatie met de behandelaar voor een eventuele nieuwe behandeling bij deze terecht te kunnen in plaats om te moeten zien naar een andere zorgverlener. Zoals gezegd in het antwoord op vraag 3 heb ik geen concrete signalen dat de geschetste situatie zich voordoet.

Vraag 5
Wat vindt u van het idee om standaard coulant om te gaan met omzetplafonds waarbij een vervolgproduct of -dbc te allen tijde bij dezelfde behandelaar uitgevoerd kan worden, zoals dat nu door een aantal kleine zorgverzekeraars gedaan wordt?

Antwoord 5
Door het hanteren van omzetplafonds wordt voorkomen dat teveel zorg wordt ingekocht en wordt tevens een breed en divers zorgaanbod mogelijk gemaakt. Een omzetplafond is tevens een prikkel aan de aanbieder om doelmatig te werken. Als zorgverzekeraars bij wijze van service coulant omgaan met zorgaanbieders, kan dit een aspect zijn waarmee zij zich richting verzekerden willen onderscheiden. Het is echter aan de individuele zorgverze-

keraar hieraan invulling te geven en aan de verzekerde om bij de keuze voor een verzekering dit in zijn overwegingen mee te nemen. In het licht van mijn antwoord op de derde vraag, ben ik van oordeel dat er op dit moment voldoende tegemoetgekomen wordt aan een mogelijke wens van patiënten hun eventuele behandeling bij dezelfde behandelaar te kunnen voortzetten. Dat geldt immers al voor een vervolg dbc in het kader van een zorgtraject.

Vraag 6 en 7
Wat doet de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) met meldingen over de gevolgen van krappe omzetplafonds waardoor duidelijk wordt dat mogelijk geen «realistische volumes» zijn ingekocht? Hoe vaak heeft de NZa de afgelopen jaren zorgverzekeraars hierop aangesproken? Vindt u dat de NZa haar taak als toezichthouder goed uitvoert als het gaat om te krappe omzetplafonds vanuit patiëntperspectief?
Kijkt de NZa bij het toezicht op de Zorgverzekeringwet (Zvw) alleen naar of er wordt ingekocht, of ook naar de volumes die worden ingekocht?

Antwoord 6 en 7
De NZa bekijkt deze meldingen. Daarbij kijkt de NZa zowel naar of er wordt ingekocht als naar de volumes die worden ingekocht.
De NZa bekijkt of het bereiken van een omzetplafond consequenties heeft voor de invulling van de zorgplicht van de zorgverzekeraar. Het bereiken van het omzetplafond bij een of een aantal zorgaanbieders hoeft nog niet te betekenen dat er niet voldaan wordt aan de zorgplicht. Als de zorgverzekeraar voldoende alternatieven heeft ingekocht, dan kan de verzekerde alsnog tijdig passende zorg verkrijgen. De verzekerde moet dan door de zorgverzekeraar bemiddeld of doorverwezen worden naar deze alternatieve aanbieders.
Het komt ook voor dat verzekeraars in bepaalde situaties ervoor kiezen om aanvullende financiële afspraken te maken met een zorgaanbieder bij wie het omzetplafond al gaandeweg het jaar is bereikt. Dit zal de verzekeraar ook moeten doen als hij geen alternatieven heeft te bieden.
De NZa is een aantal projecten gestart waarbij onderzocht wordt hoe het staat met de tijdigheid van zorg. Daartoe heeft de NZa in de eerste helft van 2015 een onderzoek uitgevoerd naar de contractering door zorgverzekeraars voor de GGZ en de eerstelijns verloskunde, fysiotherapie en logopedie voor de jaren 2014 en 2015. Bij de GGZ was de aanleiding hiervoor dat er wachttijden zijn, maar ook dat omzetplafonds al medio het jaar worden bereikt.
In april heeft de NZa vervolgens haar eerste bevindingen van een bereikbaarheidsanalyse «zorgcontracten in kaart» gepubliceerd. Doel hiervan is om per zorgverzekeraar de gecontracteerde locaties in beeld te brengen voor 2014 en 2015 en om vast te stellen of er witte vlekken in de contractering zijn.
Het tweede deel van het onderzoek van de NZa ziet op het «waarderen» van de bevindingen. Doel hiervan is om vast te stellen of de zorgverzekeraars met de huidige zorginkoop hun zorgplicht kunnen nakomen. Voor de eerstelijns verloskunde, fysiotherapie en logopedie zal de NZa haar bevindingen eind juni 2015 presenteren. De bevindingen voor de GGZ zullen in oktober 2015 worden gepresenteerd. Reden dat de resultaten voor de GGZ in oktober 2015 worden gepubliceerd is dat het onderzoek voor de GGZ tezamen met het toezichtonderzoek naar de wachttijden in de GGZ wordt uitgevoerd.

Vraag 8
Als het antwoord op vraag 7 bevestigend is, kunt u dan aangeven of de NZa in deel 2[2] en deel 3[3] van haar onderzoek naar de vraag of zorgverzekeraars met hun huidige contractering in het algemeen aan de zorgplicht voor o.a. de sector GGZ voldoen, ook zal ingaan op de ingekochte volumes en de vraag welke gevolgen dit voor de individuele reistijdanalyses heeft?

[2] NZa, «Zorgcontracten in kaart, deelrapport 2: contractering in relatie tot de zorgplicht van zorgverzekeraars, voor de sectoren eerstelijns verloskunde, fysiotherapie en logopedie» (rapportage verwacht eind juni 2015).
[3] NZa, «Zorgcontracten in kaart, deelrapport 3: contractering in relatie tot de zorgplicht van zorgverzekeraars, voor de curatieve GGZ» (rapportage verwacht oktober 2015).

Antwoord 8
In het kader van het genoemde onderzoek kijkt de NZa niet naar de ontwikkeling van individueel ingekochte volumes. Wel zal de NZa bekijken of de zorgverzekeraars met hun huidige zorg aan hun zorgplicht voldoen. Daarbij wordt ook gekeken naar de vraag of zorg bereikbaar is voor verzekerden.

Vraag 9
Als het antwoord op vraag 8 ontkennend is, wat is dan de waarde van de conclusie uit het eerste deelrapport[4] dat «voor bijna 100% van de verzekerden in Nederland de dichtstbijzijnde GGZ-aanbieder binnen 30 minuten bereikbaar is»?

Antwoord 9
Zoals uit mijn antwoord op de vragen 6, 7 en 8 blijkt, gaat het bij het vervolgonderzoek van de NZa om de vraag of zorgverzekeraars met hun zorginkoop aan hun zorgplicht kunnen voldoen. Overigens merk ik op dat de 30 minuten om een GGZ-aanbieder te bereiken geen norm is maar een indicatie hoe het met de bereikbaarheid gesteld is.

Vraag 10
Kunt u bevestigen dat, zoals u eerder in uw brief van 2 juni 2014 hebt aangegeven[5], bij patiënten met een restitutiepolis geldt dat zij altijd recht hebben op vergoeding van kosten van zorg bij de behandelaar van eigen keuze, ongeacht of een omzetplafond bereikt is? Klopt het, met andere woorden, dat voor patiënten met een restitutiepolis het omzetplafond nooit leidend kan zijn bij de vraag of een (vervolg)behandeling al dan niet wordt vergoed?

Antwoord 10
Ja, ik kan mijn zienswijze, zoals neergelegd in mijn brief van 2 juni 2014, bevestigen voor zover dit gaat om een «zuivere» restitutiepolis. Een verzekerde met een zuivere restitutiepolis kan bij een zorgaanbieder terecht ook indien een plafond wordt bereikt en dient de zorg vergoed te krijgen (tot maximaal het bedrag dat in redelijkheid binnen de Nederlandse marktomstandigheden passend is) van zijn restitutieverzekeraar.
Er bestaan echter ook restitutiepolissen met (gedeeltelijk) gecontracteerde zorg, waarbij sprake is van een korting op de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg. In dat geval maakt de verzekeraar, net als bij de naturapolis, contractafspraken met (een deel van de) zorgaanbieders over kwaliteit, prijs en volume. Ook hierbij kunnen omzetplafonds worden afgesproken. Daarbij kan het, net als bij de naturapolis, zo zijn geregeld dat de zorg die de aanbieder na het bereiken van het plafond verleent niet meer als gecontracteerde zorg wordt beschouwd. In het geval het omzetplafond bereikt wordt, dient de verzekerde dan te worden bemiddeld naar een andere (gecontracteerde) aanbieder of kan hij op basis van art 13 Zvw een door de verzekeraar vastgestelde vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg ontvangen.
Bij een zogeheten combinatiepolis heeft de verzekerde bij bepaalde prestaties recht op zorg (natura) en bij andere prestaties recht op vergoeding van kosten van zorg (restitutie). Dat is een combinatiepolis. Per verzekerde prestatie is het dan van belang om te weten of het om een «natura-» of «restitutie» prestatie (met of zonder gecontracteerde zorg) gaat.
In alle gevallen is het voor de verzekerde van belang dat op het moment dat hij kiest voor een polis (of dit nu gaat om een natura-, restitutie- of combinatiepolis) transparant is bij welke zorgaanbieders hij terecht kan en wat eventuele gevolgen zijn indien hij naar een niet-gecontracteerde aanbieder gaat.
In mijn brief over de initiatieven die ik neem in het jaar van de transparantie geef ik u een overzicht van wat ik beoog omtrent transparantie geboden door zorgverzekeraars. Daarin komt ook het door Zorgverzekeraars Nederland (ZN) in april 2015 uitgebrachte actieplan «Kern-gezond» om verzekerden beter de

[4] NZa, «Zorgcontracten in kaart, deelrapport 1: reistijdenanalyse curatieve GGZ, eerstelijns verloskunde, fysiotherapie en logopedie» (april 2015)
[5] Kamerstuk 32 620 nr. 120

weg te gaan wijzen in het polisaanbod, aan de orde. Voorts heb ik, zoals aangegeven in mijn brief Kwaliteit Loont, de NZa gevraagd haar regelgeving aan te passen zodat het gecontracteerde zorgaanbod door zorgverzekeraars uiterlijk zes weken voor het contractjaar bekend wordt gemaakt. Hiermee krijgen individuele verzekerden meer inzicht in wat hun polis inhoudt. De NZa verwacht de regel deze zomer te publiceren.

Vraag 11
Klopt het dat in het kader van de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) een zorgaanbieder een behandelovereenkomst aangaat waarbij het uitgangspunt is dat deze afgerond moet worden, waardoor de zorgaanbieder formeel gezien de behandeling niet kan stopzetten?

Antwoord 11
Ja, het uitgangspunt is dat een behandelingsovereenkomst afgerond moet worden. De hulpverlener kan de behandelingsovereenkomst wel opzeggen vanwege gewichtige redenen (artikel 7: 460 BW). Over het algemeen wordt niet snel aangenomen dat er sprake is van gewichtige redenen. De behandelingsovereenkomst kan te allen tijde met wederzijds goedvinden worden beëindigd.

Vraag 12
Wie is er verantwoordelijk voor de gevolgen van een calamiteit (zoals een suïcide) als de behandeling wordt stopgezet als gevolg van afspraken in het contract tussen de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar wanneer een omzetplafond is bereikt? Wat als de tuchtrechter hier een uitspraak over moet doen? Is de zorgaanbieder dan verantwoordelijk, of de zorgverzekeraar?[6]

Antwoord 12
Voor het antwoord op deze vraag verwijs ik naar het antwoord op vraag 2. Mede in het licht van dit antwoord is een calamiteit als door u genoemd, mij niet bekend. Indien een dergelijke situatie zich zou voordoen en in voorkomend geval bij de tuchtrechter terechtkomt, is het aan de tuchtrechter, indien deze bevoegd is, hierover een uitspraak te doen.

Vraag 13
Kunt u alsnog een antwoord geven op het eerste deel van vraag 12 van de eerder gestelde vragen van 24 februari 2015[7], namelijk: «Welke rol heeft een zorgverlener in het kiezen tussen bemiddelen naar een andere zorgaanbieder of iemand op de wachtlijst laten zetten»?

Antwoord 13
Het is de taak van de zorgverzekeraar om in overleg met de verzekerde deze te bemiddelen naar een andere zorgaanbieder of iemand op de wachtlijst laten zetten. De zorgverlener heeft hierin geen rol.

[6] Zie ook uw antwoord op vragen 9 en 10 van de eerder gestelde schriftelijke vragen. Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2014–2015, nr. 1952
[7] Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2014–2015, nr. 1952